

PROTOCOLO LOCAL DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL ABANDONO DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCION	7
1. ¿QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA?	9
2. INSTITUCIONES Y ENTIDADES	13
3. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	17
4. ESTRUCTURA OPERATIVA	18
5. SISTEMA DE ACTUACIÓN	20

PRESENTACIÓN

El Ayuntamiento de Alcalá de Henares está altamente comprometido con la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y, a través de su Concejalía de Igualdad, articula mecanismos para garantizarla.

Consciente de que la violencia de género es la máxima expresión de desigualdad y discriminación por razón de sexo, uno de los objetivos prioritarios es realizar actuaciones de sensibilización, prevención y atención para erradicarla en todas sus manifestaciones, siendo la Mutilación Genital Femenina (MGF) una de ellas.

Aunque la MGF no está vinculada a la cultura española, Alcalá de Henares como gran municipio de la Comunidad Autónoma de Madrid, acoge población de origen extranjero procedente de los flujos de inmigración económica entre los cuales llega población perteneciente a etnias donde se practica la MGF.

Por este motivo, se ha elaborado este Protocolo con objeto de coordinar la intervención de los agentes implicados. El *Protocolo local de intervención para la prevención y el abandono de la Mutilación Genital Femenina* que aquí se presenta pone el acento en la intervención desde la sensibilización, la prevención, la detección precoz y la atención coordinada. Pretende ser una herramienta, adaptada a la realidad de Alcalá de Henares, complementaria al *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) y de la *Guía de Actuaciones Sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid* (2016).

En definitiva, se trata de participar activamente para lograr el abandono de esta práctica y proteger a las niñas que puedan estar en riesgo en el municipio.

INTRODUCCIÓN

El Protocolo local de intervención para la prevención y el abandono de la Mutilación Genital Femenina tiene como fin complementar los protocolos de salud y los procedimientos legales ante la MGF, y articular actuaciones de sensibilización y prevención para el abandono de su práctica en el ámbito local, a través de la coordinación de las entidades locales implicadas.

El protocolo se ha diseñado tras la realización previa de un diagnóstico sociodemográfico¹ y tras varias jornadas de trabajo con los servicios y recursos que, de un modo u otro y directa o indirectamente, trabajan con la población en riesgo y/o con sus familias. El diagnóstico realizado por el Observatorio Sociodemográfico del Ayuntamiento reveló que en 2017 residían en Alcalá de Henares 127 niñas menores de 15 años que pertenecían a familias nacionales de países donde hay incidencia de la MGF; aunque no se puede confirmar el riesgo real porque habría que tener datos de la etnia de procedencia y de la posición de las familias ante esta práctica.

El protocolo se elabora como instrumento de actuación coordinada entre los servicios y recursos que actúan en el municipio con la población diana. Se trata de erradicar cualquier intento de practicarla en las niñas que viven en el municipio, de prestar la debida atención a las mujeres víctimas y de dotar a las madres y los padres de las herramientas necesarias para proteger a sus hijas. Se concibe como una estructura de actuación coordinada.

Ha sido liderado y coordinado por la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de Alcalá de Henares y con el compromiso y participación activa de los servicios y recursos pertinentes de la Administración local, la Administración de la Comunidad de Madrid, la Administración General del Estado y las Organizaciones del Tercer Sector.

1 Ref. Manuel Rioyo. Observatorio Sociodemográfico Concejalía de Urbanismo. Ayto. Alcalá de Henares

1. ¿QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA?

La Organización Mundial de la Salud define este tipo de violencia de género como *procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos*.

En el mundo, todavía hoy, muchas mujeres y niñas han sufrido una mutilación genital y muchas otras están en riesgo inminente o son susceptibles de ser mutiladas. La incidencia mayor se da en ciertas comunidades de África, Oriente Medio y Asia. Normalmente esta violencia se ejerce en algún momento de la infancia. En términos de edad pueda señalarse que desde el nacimiento hasta los 15 años.

La MGF no es una expresión de violencia de género propia de la cultura occidental pero, actualmente, municipios como el de Alcalá de Henares integran e incluyen a población de orígenes culturales donde sí se practica.

La Organización Mundial de la Salud, señala que los motivos más frecuentes que justifican su práctica son:

- Es un rito de paso de la infancia a la vida adulta: de niña a mujer.
- Reduce la libido y evita relaciones sexuales antes del matrimonio y/o relaciones extraconyugales.
- La dominación de la mujeres mediante el control de su sexualidad y su reproducción asentada en la creencia de “las mujeres virtuosas” frente a las “mujeres impuras”. La sexualidad femenina es tachada de pecaminosa y perversa como fuerte mecanismo de control social. La extirpación asegura su virtud y su belleza: extirpa aquello que es feo y *pecaminoso* en las mujeres.
- De ahí, que la tradición es que las mujeres casaderas, como en otras muchas culturas, han de ser *vírgenes*. La MGF asegura esta virginidad y la oportunidad de matrimonio. Dado que las mujeres dependen económicamente de los hombres, en muchos casos el matrimonio es el seguro de vida.
- Existe una creencia popular que lo asocia a un requerimiento religioso que es altamente dudoso puesto que no hay explicitaciones en los textos sagrados sobre estas prácticas.

- Fuerte y “falsa” creencia en que tiene mejoras para la salud de las mujeres, evita enfermedades, elimina la suciedad genital y facilita la fertilidad muy al contrario de lo que sucede en realidad.
- Etc.

Sin embargo, como cualquier otra violencia de género, el origen de ésta es el control y dominación de la mujer, en concreto a través del sometimiento de su sexualidad y de su reproducción y vulnera los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Parece que la verdadera motivación de esta práctica está vinculada a la consolidación de un sistema sexista y de poder asimétrico que sostiene una violencia estructural. Las mujeres no mutiladas tienen menos oportunidades de vida, e incluso ninguna, en sociedades donde existe una dependencia económica total hacia el hombre. En estas comunidades donde se practica, una mujer sin mutilar no puede tener opción al matrimonio y sin un marido la mujer no puede sobrevivir. La MGF está ligada pues a otras violencias de género como son los matrimonios concertados y la violencia sexual hacia las mujeres y las niñas. Asimismo, se ha de entender que no solo supone una agresión en el momento de la mutilación sino que tiene efectos perjudiciales, dolorosos y/o traumáticos a lo largo de toda la vida: en las relaciones sexuales, en el parto, en la salud ginecológica, etc.

1.1. PROTECCIÓN LEGAL DE LAS VÍCTIMAS Y PARA EL ABANDONO DE LA MGF

Desde mediados del siglo pasado los esfuerzos para visibilizar, abolir, proteger, prevenir y sensibilizar han sido muchos y el avance normativo y legal ha sido notable. Cabe destacar²:

- El artículo 3 (*Prohibición de la tortura*) del Convenio Europeo para la Protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de 1950.
- La Declaración de los Derechos del Niño de 1959 y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.
- La Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer de 1979.
- La Resolución WH47.10 de *Salud para la madre y el niño y planificación de la familia: prácticas tradicionales nocivas para la salud de las mujeres y los niños de 1994*.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994, donde en ciertos artículos se insta a los países la prohibición de la MGF y a intervenir para eliminar las causas que la promueven.

² García Bueno, M^ª Paz. Manual de Prevención de la Mutilación Genial Femenina. Confederación Nacional de Mujeres en Igualdad (2ª Edición). Madrid, 2016.

- La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995.
- Declaración Conjunta de la OMS/UNFPA/UNICEF sobre la mutilación genital femenina: *Eliminating Female Genital Mutilation an Integrancy Statement* de 1997.
- El artículo 21 de la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del niño de 1999 para la *protección contra las prácticas culturales y sociales nocivas*.
- Los Acuerdos de Cotonou de 2000 para el intercambio comercial y de asistencia firmado entre la Unión Europea y los 78 estados de África, del Caribe del Pacífico donde se incluía el compromiso específico para erradicar la práctica de la MGF.
- El Artículo 5 del Protocolo de Maputo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los pueblos de 2003 en su Artículo 5 para la *eliminación de prácticas nocivas*.
- La Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones /2004/2220 (INI) de 2006.
- La Resolución WHA61.16 de 2008 para la eliminación de la MGF, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en la que se insta a los estados miembros a acelerar actividades encaminadas a eliminar la MGF.
- Resolución del Parlamento Europeo de 2009 sobre la lucha contra la MGF practicada en la Unión Europea (2008/2071 (INI)).
- Suplemento del Manual de Legislación sobre la Violencia contra la Mujer “Prácticas judiciales” de Naciones Unidas de 2011 donde se insta a definir y abordar desde la legislación la MGF.
- La Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establecen las normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos de 2010, donde se define la MGF violencia de género y se establecen los derechos de todas las víctimas en todos los países europeos.
- La resolución 67/146 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 2012 para intensificar los esfuerzos a nivel mundial para la erradicación de la MGF.
- Convenio de Estambul de 2011 que declara la MGF como violencia de género y desarrolla la *protección* de las solicitantes de asilo por motivos de género y, en concreto, hace referencia a la población en riesgo de sufrir la MGF.
- Resolución 69/150 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 2014 para “*intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la MGF*”.
- Resolución 23/21 del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas “*Eliminación de la Mutilación Genital Femenina*”.
- Aprobación de la prohibición de la MGF en los 50 Estados miembros de la Unión Panafriicana de 2016.

1.2. TIPOS DE MGF Y RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS

La MGF tiene una explicación antropológica que reside en la pervivencia de creencias que promueven su práctica en beneficio de la mujer, la familia y la comunidad. En este sentido:

- Gran parte de las víctimas se someten voluntariamente a ella o someten voluntariamente a su descendencia (hijas, nietas, sobrinas, etc.).
- Las mujeres son normalmente las que la practican y las que se encargan del *Rito de Iniciación*³ en sus tres fases: *separación* (cuando se produce el corte), *marginación* (cuando se las aísla mientras se recuperan y se transmiten los valores culturales y sociales de su comunidad) y la *agregación* (cuando se realiza la fiesta en la que se confirma su ruptura con la infancia y su paso a la vida adulta como mujeres mutiladas).
- El temor a la expulsión de la comunidad lleva a acceder a la MGF por parte de las madres y/o de los padres aunque no estén a favor de ella.
- El advertir como única oportunidad de vida un buen matrimonio impide incluso el cuestionamiento de la MGF. Para casarse tienen que estar “mutiladas”.
- El desasosiego que supone para la población migrante que llega a otro tipo de sociedad y cultura y descubre que ésta no se practica y que las creencias en torno a ella son falsas.

En definitiva, hay que entender que la creencia cultural justifica la práctica como beneficiosa, lo que incrementa el riesgo y la vulnerabilidad de las víctimas. Existen diferentes prácticas y diferentes motivaciones de unas comunidades a otras y de unas zonas geográficas a otras

Respecto a las prácticas, la **Organización Mundial de la Salud** clasifica la MGF en cuatro tipos principales⁴:

Tipo 1 - Denominado a menudo **clitoridectomía**: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).

Tipo 2 - Denominado a menudo **escisión**: consiste en la resección parcial o total del clítoris y los labios menores (pliegues internos de la vulva), con o sin escisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva).

³ Kaplan, a. y Bedoya, M. Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica.

⁴ <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation..>

Tipo 3 - Denominado a menudo **infibulación**: consiste en el estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del clítoris (clitoridectomía).

Tipo 4- Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Los riesgos de la MGF para la salud de mujer se producen tanto a corto, medio como a largo plazo. Siguiendo a la OMS⁵ se distinguen riesgos tales como:

- Dolor: puede producirse dolor crónico por terminaciones nerviosas que han quedado atrapadas o desprotegidas.
- Infecciones: pueden producirse quistes dermoides, abscesos y úlceras genitales, con pérdida superficial de tejido. Las infecciones pélvicas crónicas pueden provocar dolores pélvicos y lumbares crónicos. Las infecciones de las vías urinarias pueden ascender a los riñones, con la posibilidad de provocar insuficiencia renal, septicemia y la muerte. El riesgo incrementado de sufrir infecciones repetidas de las vías urinarias está bien documentado tanto en niñas como en mujeres adultas.
- Cicatriz hipertrófica: en el lugar de la ablación puede formarse un exceso de tejido cicatricial.
- Infecciones del aparato reproductor e infecciones de transmisión sexual: Se ha documentado una mayor frecuencia de determinadas infecciones genitales, como la vaginosis bacteriana. En algunos estudios se ha documentado un mayor riesgo de herpes genitales, pero no se ha observado asociación alguna con otras infecciones de transmisión sexual.
- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH): Un mayor riesgo de hemorragias durante las relaciones sexuales, que es con frecuencia la razón por la que es necesario efectuar una desinfibulación (tipo III), puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH. La mayor prevalencia de herpes en las mujeres sometidas a la mutilación genital femenina puede también aumentar el riesgo de infección por el VIH, puesto que los herpes genitales son un factor de riesgo en la transmisión del VIH.
- Calidad de la vida sexual: La resección o lesión de tejido genital muy sensible, especialmente el clítoris, puede afectar a la sensibilidad sexual y provocar problemas sexuales, como una reducción del placer y dolor durante el coito. La formación de cicatrices, el dolor y los recuerdos traumáticos asociados con el procedimiento pueden también provocar problemas de ese tipo.

5 <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

- Complicaciones durante el parto: las posibilidades de someterse a una cesárea o de sufrir hemorragias postparto aumentan considerablemente, así como la frecuencia de los desgarros y del recurso a las episiotomías. Los riesgos aumentan con la gravedad de la mutilación genital femenina. La fístula obstétrica es una complicación de los partos prolongados y obstruidos y, por tanto, puede ser un resultado secundario de las complicaciones durante el parto provocadas por la mutilación genital femenina. Hay varios estudios en marcha en los que se investiga una posible relación entre la mutilación genital femenina y las fístulas obstétricas.
- Peligro para el recién nacido: se han observado tasas de mortalidad más elevadas e índices de Apgar inferiores, en proporción directa con la gravedad de la mutilación genital femenina.
- Consecuencias psicológicas: algunos estudios han demostrado que aumenta la probabilidad de tener miedo a mantener relaciones sexuales, y de padecer trastornos de estrés postraumático, ansiedad, depresión y pérdida de memoria. El significado cultural de la práctica puede que no proteja de las complicaciones psicológicas.

2. INSTITUCIONES Y ENTIDADES PARTICIPANTES

Las instituciones y entidades (servicios y recursos)⁶ que han elaborado el Protocolo bajo la Coordinación de la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de Alcalá de Henares se presentan subdivididas en:

- I.- Administración Local.
- II.- Servicios de la Administración Local.
- III.- Servicios de Salud y Educativos de la Comunidad de Madrid.
- IV.- Servicios de Justicia y Seguridad.

I.- Administración Local:

- 1. Concejalía de Igualdad.
- 2. Concejalía de Acción Social.
- 3. Primera Tenencia de Alcaldía.
- 4. Concejalía Educación, Salud y Consumo.
- 5. Concejalía de Derechos Humanos y Cooperación al Desarrollo.

II.- Servicios de la Administración Local:

- 6. Punto Municipal del Observatorio Regional de Violencia de Género, Concejalía de Igualdad.
- 7. Centro Asesor de la Mujer, Concejalía de Igualdad.
- 8. Centro de Información Juvenil (CIDAJ) y Asesoría de Información Sexual, Concejalía de Acción Social.
- 9. Área de Infancia y Adolescencia, Concejalía de Acción Social.
- 10. Observatorio Sociodemográfico, Primera Tenencia de Alcaldía.
- 11. Policía Local, Concejalía de Seguridad Ciudadana.
- 12. Programa Municipal de Promoción de la Salud, Concejalía Salud.
- 13. Servicios Sociales Municipales, Concejalía de Acción Social.
- 14. Programa de Absentismo Escolar, Concejalía de Educación.

⁶ Queda abierta la inclusión de cualquier institución, servicio o recurso que por sus cometidos y competencias se estime necesaria y adecuada su participación.

III.- Servicios de Salud y Educativos de la Comunidad de Madrid:

15. Prevención y Promoción de Salud, Servicio del Área Única de Salud Pública-3 de la Comunidad de Madrid.
16. Dirección Asistencial Este, Atención Primaria Comunidad de Madrid.
17. Gerencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicio Madrileño de Salud.
18. Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias Urgencias, Servicio Madrileño de Salud.
19. Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicio Madrileño de Salud.
20. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicio Madrileño de Salud.
21. Instituto de Educación Secundaria Mateo Alemán, Consejería de Educación Comunidad de Madrid.

IV.- Servicios de y Justicia y Seguridad:

22. Juzgados.
23. Fiscalía.
24. Colegio de Abogacía.
25. Equipos psicosociales.
26. Policía Nacional.
27. Instituciones Penitenciarias.
28. Centro de Inserción Social Melchor Rodríguez García (CIS-Alcalá de Henares).

V.- Otras entidades:

29. Asociación Cáritas.
30. Centro de Participación e Integración (CEPI), Dirección General de Servicios Sociales e Integración de la Comunidad de Madrid.
31. Colectivo de Acción para el Juego y la Educación (CAJE).
32. Liga Española para la Educación y la Cultura, Programa RIAH (Red Integral de Alcalá de Henares).
33. Organización no Gubernamental Cruz Roja.
34. Unidad de Igualdad. Universidad de Alcalá.
35. Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).

3. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Objetivos generales: desarrollar un sistema de actuación coordinado para la detección precoz, el apoyo psicosocial a las víctimas y la prevención y sensibilización, con el fin último de garantizar el abandono efectivo de la MGF en municipio de Alcalá de Henares.

Objetivos específicos:

a) Crear una Red de Intervención Local para:

- Visibilizar los recursos y agentes implicados que actúan en el municipio.
- Crear mecanismos ágiles de coordinación para la derivación y seguimiento de casos.
- Establecer un sistema de trabajo para el diseño de acciones de sensibilización y prevención.

b) Implementar un Programa Local de Prevención y Sensibilización de la MGF para:

- Incorporar transversalmente, según proceda, la MGF en los *Talleres Socioeducativos* impartidos en el municipio.
- Realizar actividades concretas de prevención y sensibilización de la MGF: talleres, campañas, jornadas, etc.
- Desarrollar de un *Programa de Intermediación Cultural* en espacios donde se concentra la población diana.

c) Desarrollar un Plan Anual de Formación para:

- Garantizar una formación continua de los agentes participantes en el *Protocolo Local*.
- Formar a profesionales que están indirectamente en contacto con la población *diana*.

4. ESTRUCTURA OPERATIVA

El *Protocolo Local* se estructura según el siguiente organigrama. Se recogen las Mesas en las que se subdivide y se explica los cometidos de cada una de ellas.

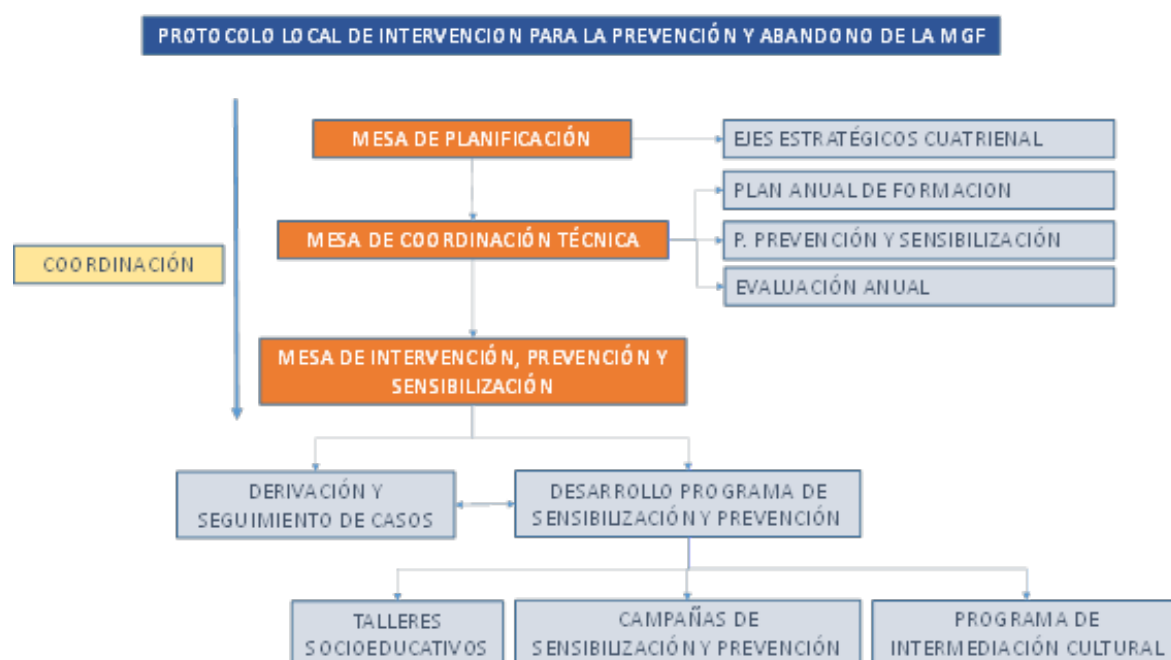


Ilustración 1. Estructura operativa.- Organigrama.

- 1. Mesa de Planificación.** Participan figuras representantes de las instituciones y entidades implicadas en el Protocolo. El cometido principal es consensuar institucionalmente cada cuatro años el abordaje local de la MGF a través de la concreción de Ejes Estratégicos.
- 2. Mesa de Coordinación Técnica.** Participan las figuras responsables de la *coordinación técnica* de las entidades, áreas, departamentos o servicios. Con carácter anual, esta mesa determina las acciones del **Programa Local de Prevención y Sensibilización y del Plan Anual de Formación** de acuerdo a los resultados de **evaluación**. Asimismo, cada entidad concretará en el desarrollo de qué acciones va a participar y de qué manera.

3. Mesa Intervención, Prevención y Sensibilización. Participa el personal técnico designado para el desarrollo de las acciones. Permanentemente existirá comunicación y coordinación de profesionales de esta mesa para la derivación y seguimiento de casos. Con carácter semestral revisará:

- Los instrumentos de coordinación y, si procede, implementará mejoras.
- Concreta, articula y distribuye las actividades a realizar:
 - Talleres Socio-educativos.
 - Campañas de Sensibilización y Prevención.
 - Programa de Intermediación Cultural.

La Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento se establece como la figura responsable de coordinar con las siguientes funciones:

- Convocar las reuniones de las diferentes Mesas.
- Recoger Actas de las reuniones.
- Incorporar nuevos agentes implicados.
- Actualizar el directorio de las entidades y profesionales.
- Coordinar las acciones a desarrollar.

	EJE DE ACCIÓN	COMETIDO	REPRESENTACIÓN	PERIODICIDAD
MESA PLANIFICACIÓN	Planificación	Establecimiento de Ejes Estratégicos	Representantes de las instituciones y entidades (públicas y tercer sector)	CUATRIENAL
MESA DE COORDINACIÓN TÉCNICA	Coordinación	- Evaluación anual - Programa Local de Prevención y Sensibilización - Plan Anual de Formación	Figuras responsables de la coordinación técnica de las entidades, áreas, departamentos o servicios.	ANUAL
MESA DE INTERVENCIÓN, PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	- Intervención - Prevención - Sensibilización	- Actividades del Programa Local de Prevención y Sensibilización: • Talleres Socio-educativos • Campañas de Sensibilización y Prevención • Programa de Intermediación Cultural - Instrumentos de coordinación y comunicación	Personal técnico designado para el desarrollo de las acciones	CONTINUA (Intervención de casos) SEMESTRAL (Diseño de actividades)

Ilustración 2. Estructura operativa.- Mesas de Trabajo.

5. SISTEMA DE ACTUACIÓN

El sistema de actuación en la detección de casos se articula según niveles de riesgo⁷:

- Posible riesgo.
- Riesgo latente.
- Riesgo acreditado.
- Práctica realizada.

5.1. Nivel 1.- Posible Riesgo.

Población sin riesgo acreditado pero que se encuentra en alguna de estas situaciones:

- a) Niña o joven en entorno familiar donde se ha practicado la MGF (madre, hermana, abuela, etc.).
- b) Niña o joven de origen étnico donde se practica la MGF aunque no se haya practicado a ninguna de las familiares con las que se conviven (madre, hermana, abuela, etc.).

Nivel 1.- Protocolo de Actuación

1. Derivación a los Centros de Salud de Atención Primaria y actuación según "Guía de actuaciones sanitarias frente a la MGF en la comunidad de Madrid".
2. Derivación al Centro Asesor de la Mujer: información y asesoramiento a la progenitora y si procede a la joven (mayor de edad).
3. En caso de familiar mutilada (madre, hermana, abuela, etc.), derivación al Centro Asesor de la Mujer para aplicar el protocolo del Nivel 4 (*Práctica Realizada*).
4. Derivación a *Talleres Socioeducativos*⁸ : recomendación de talleres para cada componente de la unidad familiar (madre, padre, niña, joven, etc.).
5. Derivación de la unidad familiar a actividades del *Programa de Intermediación Cultural*⁹ individual o grupalmente, según proceda.

7 A efectos del Protocolo se incluye en la categoría joven todo caso de mujer joven que sea dependiente de su entorno familiar aunque sea mayor de edad (18 años o más).

8 Se entiende por Talleres Socio-educativos todos los talleres que se realizan por los distintos Servicios y Recursos y donde transversalmente procede tratar la MGF (Referencia: Programa Local de Prevención y Sensibilización de la MGF. Pág. 5).

9 Se incluyen todas las actividades específicas que conforman el Plan de Intermediación Cultural (Referencia: Programa Local de Prevención y Sensibilización de la MGF. Pág. 5).

5.2. Nivel 2.- Riesgo Latente.

Constatación de presión sociocultural por parte de la comunidad (de origen étnico) a la familia responsable de la niña o la joven para que sea mutilada:

- a) Progenitora y progenitor contrarios a la MGF, pero reciben presión socio-cultural de la comunidad de origen étnico o familia extensa que reside en el mismo domicilio, barrio o municipio.
- b) Viaje a país de origen y temor de la progenitora y/o el progenitor a presión de la familia o la comunidad de origen étnico para que se realice la práctica a la niña o joven.

Nivel 2.- Protocolo de Actuación

1. Derivación al Centro Asesor de la Mujer: información y asesoramiento a la progenitora y, si procede, asesoramiento psicosocial a la joven (mayor de edad).
2. Derivación a los Centros de Salud de Atención Primaria y actuación según "Guía de actuaciones sanitarias frente a la MGF en la comunidad de Madrid".
3. Derivación a Servicios Sociales Municipales:
 - Información al progenitor y la progenitora sobre la protección de las menores.
 - Valoración y orientación a la unidad familiar.
4. Derivación a *Talleres Socioeducativos*: recomendación de talleres para cada componente de la unidad familiar (madre, padre, niña, joven, etc.).
5. Derivación de la unidad familiar a actividades del *Programa de Intermediación Cultural* individual o grupalmente, según proceda.
6. En caso de familiar mutilada (madre, hermana, abuela, etc.), derivación al Centro Asesor de la Mujer para aplicar el protocolo del Nivel 4 (*Práctica Realizada*).

5.3. Nivel 3.- Riesgo acreditado.

Casos en que existe conocimiento de la voluntad de la progenitora y/o el progenitor de mantener la "tradición". Según la inmediatez detectada, el riesgo será mayor:

- a) **Riesgo acreditado medio:** Posturas enfrentadas de la progenitora y del progenitor respecto a la MGF, con o sin presión socio-cultural de la comunidad de origen étnico o familia extensa que reside en el mismo domicilio, barrio o municipio.
- b) **Riesgo acreditado alto:** Certeza de que se va a realizar la mutilación, bien en el municipio o bien en el país de origen (viaje inminente).

Nivel 3.- Protocolo de Actuación

1. Derivación al Centro Asesor de la Mujer: información y asesoramiento a la progenitora¹⁰ y, si procede, asistencia psicosocial a ella y a la joven (mayor de edad).
2. Derivación a los Centros de Salud de Atención Primaria y actuación según "Guía de actuaciones sanitarias frente a la MGF en la comunidad de Madrid".
3. Derivación a Servicios Sociales Municipales:
 - Valoración social de la familia y valoración del riesgo de MGF.
 - Información y orientación al progenitor y la progenitora sobre la protección de las menores.
4. Puesta en conocimiento de la fiscalía.
5. Derivación a *Talleres Socioeducativos*: recomendación de talleres para cada componente de la unidad familiar (madre, padre, niña, joven, etc.).
6. Derivación de la unidad familiar a actividades del Programa de Intermediación Cultural individual o grupalmente, según proceda.

¹⁰ La progenitora puede estar a favor de la práctica de la MGF.

5.4. Nivel 4.- Práctica realizada.

Casos de niñas, jóvenes y mujeres que han sufrido la MGF:

- a) Joven o mujer a la que se ha practicado la MGF.
- b) Menor a la que se ha practicado la MGF.

Nivel 4.- Protocolo de Actuación

1. Derivación al Centro Asesor de la Mujer: asistencia psicosocial a la mujer y la joven (mayor de edad).
2. Derivación a los Centros de Salud de Atención Primaria y actuación según "Guía de actuaciones sanitarias frente a la MGF en la comunidad de Madrid".
3. Derivación a Servicios Sociales:
 - Valoración y orientación a la unidad familiar.
 - Si procede, puesta en conocimiento del Área de Atención al Menor de la Comunidad de Madrid.
4. Derivación a *Talleres Socioeducativos*: recomendación de talleres para cada componente de la unidad familiar (madre, padre, niña, joven, etc.).
5. Derivación de la unidad familiar a actividades del *Programa de Intermediación Cultural individual* o grupalmente, según proceda.

